Bericht über die Krankenbewegungen der Kgl. medizinischen Universitäts-Poliklinik in München im Jahre 1911.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudolf Kerkovius

aus Riga.

München 1912.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Bericht über die Krankenbewegungen der Kgl. medizinischen Universitäts-Poliklinik in München im Jahre 1911.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudolf Kerkovius

aus Riga.

München 1912.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Professor v. Romberg.

Im Jahre 1911 wurde die medizinische Poliklinik der Kgl. Ludwigs-Maximilians-Universität in München von 8846 Patienten aufgesucht. Hiervon waren 4738 männlich, 4108 weiblich.

Gemäss dem Untersuchungsbefund wurden an andere Polikliniken 1605 Patienten überwiesen und zwar:

ad forum chirurgicum . . .	342	Patienten
ad forum gynaecologicum . .	295	„
ad forum laryngologicum . .	218	„
ad forum dermatologicum . .	159	„
ad forum ophthalmologicum .	143	„
ad forum otiatricum	133	„
ad forum paediatricum . . .	96	„
ad forum psychiatricum . . .	83	„
ad forum orthopädicum . . .	78	„
ad forum dentologicum . . .	58	„

103 Patienten wurden ins Krankenhaus überwiesen.

786 Patienten erhielten entweder ein Gesundheitszeugnis oder wurden nicht untersucht, weil sie in Behandlung eines anderen Arztes standen. Somit verblieben für die Behandlung in der medizinischen Poliklinik 6402 Patienten. Diese verteilen sich auf die einzelnen Monate, wie folgt:

Januar	839	Kranke
Februar	608	„
März	660	„
April	549	„
Mai	624	„

Juni	453	Kranke
Juli	486	„
August	554	„
September	411	„
Oktober	411	„
November	400	„
Dezember	351	„

1197 Patienten (348 männlich, 849 weiblich) wurden in ihrem eigenen Heim besucht (sogen. Hausfälle).

Auf die einzelnen Krankheitsgruppen verteilen sich die Fälle folgendermassen:

1. Entwicklungsstörungen: Infantilismus.

Zwei Fälle:

Fall von Infantilismus mit Diabetes insipidus. (H.-B. Nr. 5508.)

18jähriger Arbeiterssohn.

Körperlänge 133 cm. Nase mit auffallend breitem Rücken. Naseneingang sehr weit. Oberlippe dick, Lippensaum intakt, Zähne sehr defekt, starke Zahnsteinbildung. Die oberen mittleren Schneidezähne sind gross und breit, der linke abgerundet, zeigt zwei deutliche Incisuren, der rechte gering konkaven Rand. Zunge nicht wulstig; sie wird gerade und ohne Tremor herausgestreckt. Am inneren Rande des Unterkiefers etwa linsengrosse, weissgelblich belegte Geschwüre (Aphten). Thyreoidea nicht zu fühlen. Thorax breit und sehr fett. Atmung wenig ausgiebig, überall vesikuläres Atmen, Inspirium pueril. Herzgrenzen infantil. Blutdruck 90—95. Temp. 37,4 anal. Abdomen fett. Leber- und Milz nicht vergrössert. Bauchdeckenreflex links lebhafter als rechts. Patellarreflex gesteigert, links lebhafter als rechts, Achillessehnen-, Mendel-, Cremaster-, Periostreflexe positiv. Genitalien: Skrotum sehr klein, keine Präputialverengerung, membrum

pendulans. Keine Schamhaare, keine Achselhöhlenhaare. Urin spez. Gewicht 1003, Menge 5—6 l täglich (angeblich schon seit dem vierten Lebensjahre), Keine pathologischen Bestandteile. Ausserdem besteht starke Myopie. Röntgenologisch: an der Hypophyse nichts Besonderes; Diaphysenlinien deutlich sichtbar.

2. Infektionskrankheiten.

Angina	116
Influenza	73
Erysipelas	22
Poliomyelitis	5
Cerebrale Kinderlähmung	4
Malaria	4
Cholera nostras	2
Scarlatina	2
Chronische Dysenterie	2
Diphtherie	1
Paratyphus	1
Sepsis	2

Im ganzen 234 Fälle oder 2,9% aller Erkrankungen.

Von den 177 Anginafällen waren:

Ang. catarrhalis	75
Ang. follicularis	22
Ang. lacunaris	17
Ang. phlegmonosa	3

Unter den 22 Erysipelfällen: 12 Gesichtserysipele.

Das Alter der an Malaria Erkrankten war 19, 26, 27 und 32. Sämtliche waren männliche Reisende. Drei boten den Tertiantypus, einer den perniciösen.

Letzterer Fall kam aus Kamerun. Bei seiner Aufnahme: Temperatur normal. Die Blutuntersuchung ergab das Vorhandensein von Perniciosa-Halbmonden. Hb. 75%. Da gleichzeitig

eine bedeutende Eosinophilie bestand (35—40% eosinophile!) wurde auch der Stuhl auf Anchylostoma untersucht, jedoch mit negativem Erfolg.

Von den drei Tertianafällen kam der eine ebenfalls aus Kamerun, die anderen aus Pälästina bezw. aus der europäischen Türkei. Der Kamerunfall litt ausserdem noch an Ruhr und zwar an Amöben-Dysenterie. Er soll ausserdem auch an bazillärer Ruhr erkrankt gewesen sein. — Bei sämtlichen Fällen wurde die Diagnose Malaria durch den Nachweis der Plasmodien bestätigt. Einer der Tertianafälle war bereits — vergeblich — mit Salvarsan in Frankfurt behandelt worden.

Der Fall von Paratyphus (Hauptbuch Nr. 6088) war ein 35jähriger Taglöhner, der drei Wochen vor der Untersuchung mit Fieber, Schüttelfrost, allgemeinem Unbehagen und Diarrhöen erkrankte. Bei der Untersuchung zeigte er eine Temperatur von 37,4° rektal, Herpes labialis, eine vergrösserte Milz, eine druckempfindliche Leber und einen Hämoglobingehalt von 50%. Die bakterielle Blutkultur war negativ. Auch enthielt der Stuhl keine Paratyphusbazillen mehr, aber der serologische Befund war positiv: Agglutination nach zwei Stunden: Typhus negativ; Paratyphus B: 1 : 50 + 1 : 100 ∓, Paratyphus A: negativ. Desgleichen gegen Bac. enter. Gärtner und Ruhrbac.

3. Lungenkrankheiten.

a) Tuberkulose.

854 Kranke; ausserdem liessen sich noch 13 Patienten mit negativem Resultat auf Tuberkulose untersuchen (Phthiseophobie). 436 waren weiblichen Geschlechtes, 389 männlichen. Das 30 Lebensalter bot die grösste Zahl von Erkrankungen dar, nämlich 47. Verteilen wir die Zahl der

Erkrankungen auf die einzelnen Lebensjahrzehnte, so erhalten wir nachstehendes Bild:

Zwischen	12—19	Jahren	71	Patienten
„	19—29	„	238	„
„	29—39	„	345	„
„	39—49	„	132	„
„	49—59	„	49	„
„	59—69	„	18	„
„	69—79	„	1	„

Die spezielle Diagnose zeigte folgende Einzelheiten:

Catarrh. apic. utr.	7 mal
Catarrh. apic. dext.	36 „
Catarrh. apic. sin.	16 „
Catarrh. apic. inveter	9 „
Infiltratio apic. utr.	70 „
Infiltratio apic. dext.	191 „
Infiltratio apic. sin.	109 „
Suspectio aff. apic. dext. . . .	32 „
Suspectio aff. apic. sin.	20 „
Tuberculosis pulmonum	288 „
Hilustuberkulose	2 „
Bronchialdrüsentuberkulose . . .	2 „
Phthisis (Tbc. III°)	60 „
Tuberculosis intestini et peritonei	11 „
Pleuritis tuberculosa	1 „
	854 Erkrankungen.

31 dieser Patienten (3,5%) boten eine Komplikation) mit Kehlkopftuberkulose dar. Die rechte Lungenspitze war häufiger als die linke erkrankt. Die entsprechenden Zahlen sind 336 für rechts und nur 224 für links. Rechnen wir die Spitzenaffektionen zur Tuberkulose ersten Grades, die Phthise zu einer solchen dritten Grades, so erhalten wir nachstehendes Verhältnis:

Tuberkulose ersten Grades 498 Erkrankungen,
„ zweiten „ 288 „
„ dritten „ 60 „

Die Tuberkulösen machten 10,2% aller Kranken aus. Alle wurden der Tuberkulose-Fürsorgestelle empfohlen.

b) Nichttuberkulöse Erkrankungen der Respirationsorgane.

Diese waren mit der Zahl 1527 vertreten oder 19% aller Fälle und verteilen sich wie folgt:

Bronchitis acuta	687 Fälle,
Lungenemphysem	273 „
Pharyngitis	154 „
Bronchitis chronica . . .	86 „
Laryngitis	64 „
Pleuritis sicca	44 „
Pleuritis exsudativa . . .	40 „
Pleuraschwarte	39 „
Asthma bronchiale . . .	32 „
Pneumonia crouposa . . .	28 „
Tracheitis	28 „
Bronchopneumonie . . .	25 „
Asthma cardiale	10 „
Bronchiektasie	6 „
Asthma nervosum . . .	4 „
Bronchitis foetida . . .	3 „
Pleurodynie	3 „
Lungencarcinom	1 „
	1527 Fälle.

Erwähnt sei ein Fall vom Carcinom der Lunge. (H.-B. Nr. 4910.)

56jähriger Monteur.

26. VI. 11. Patient klagt über Seiten- und Kreuzschmerzen.

Vater gestorben an Phthise. Frühere Krankheiten: Typhus, Influenza, Herzklappenfehler und vor drei Jahren ein Unfall. Früher Ulcus durum. Trinkt täglich 2 l Bier. Grosser kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand mit rotbrauner, etwas zyanotischer Gesichtsfarbe. Herz: Grenzen etwas nach links verbreitert, an der Spitze systolisches Geräusch. Puls regelmässig, gespannt, 120. Blutdruck 175—180. Lungen: Grenzen normal. Über dem rechten Unterlappen leichte Schallverkürzung, Atmungsgeräusch vesikulär, über der ganzen rechten Lungenhälfte lautes Giemen. Reflexe normal. Desgleichen Urin. Röntgendurchleuchtung: Herz nach links verbreitert. Mittelschatten stark verbreitert, sowohl nach links, als auch nach rechts. Es wurde in Anbetracht der früheren luetischen Infektion in erster Linie Aortenaneurysma angenommen und zunächst Jodkali verordnet. Das Fehlen einer Pulsation im Röntgenbilde liess aber auch die Diagnose „Mediastinaltumor" offen. Wie der weitere Verlauf ergab, handelte es sich um letzteres.

13. III. 12. Herz: Verbreiterung nach links und nach rechts, zeitweise systolisches Geräusch, am lautesten über der Pulmonalis; Puls beschleunigt, nicht different. Blutdruck 140. Am rechten Oberarm ein ca. faustgrosser mässig harter Tumor, der stellenweise etwas druckempfindlich ist; auf der sechsten Rippe in der linken Axillarlinie ein walnussgrosser harter Tumor. Lungenbefund: über der oberen linken Thoraxhälfte besteht Dämpfung, vorne intensiver als hinten; im Bereich der Dämpfung vorne: Bronchialatmen, hinten: Atemgeräusch verschärft, fast bronchial. Röntgendurchleuchtung: diffuse Trübung des ganzen linken Oberlappens, zum Teil etwas nach rechts hinüberreichend. Blut: Hb. 70 %, Leucocyten 26000, Lymphocyten 1300 oder 5 %. Vollkommenes Fehlen der eosinophilen Leucocyten. Keine pathologischen Formen. Der Befund wird als für vorgeschrittenes Carcinom sprechend

gedeutet. — Pupillenreflex links lebhafter als rechts. Laryngologisch links Recurrensparalyse, rechts Parese. Temperatur 38,6 rectal, Urin granulierte Cylinder, einzelne Leucocyten. Sputum: keine Tbc. Bac., viel Lymphocyten.

15. III. 12. Röntgenaufnahme: es zeigt sich, dass der Tumor am Arm vom Periost ausgeht. Eine Probepunktion desselben gibt keinen besonderen Befund.

29. III. 12. Der Tumor in der Axillarlinie hat an Grösse zugenommen, es sind Drüsenschwellungen in der Axilla aufgetreten. Am Herzen lautes, systologisches Geräusch. Temperatur 38,2. Der Patient ist matt, hat Atemnot und Kopfschmerzen. Wassermann positiv.

Blut: 22. V. 12. Salvarsan 0,4. Bald nachher Stimme etwas freier, Umfang der Geschwulst am Arm unverändert. Anfang Juli ist ihr Umfang ein wenig kleiner geworden. Ende Juli ist der Tumor weicher geworden und zeigt deutliche Fluctuation. —

20. IX. 12. Diarröhen, Erbrechen, Druck in der Magengegend, auch bei geringerer Nahrungsaufnahme. Starke Schmerzen am Arm.

30. IX. 12. Exitus letalis durch Herzschwäche. Sektionsbericht: Herz: Kranzarterien verkalkt, aber nicht bedeutend verengt. Kein Aneurysma. Die Aorta zeigt deutliche Faltenbildung, auf den Aortenklappen sklerotische Auflagerungen. Rechte Lunge: nicht verwachsen, keine besonderen Veränderungen.

Linke Lunge: Der Oberlappen bis zur fünften Rippe nach unten fest mit der Pleura costalis verwachsen, aus einer mehrkammerigen Caverne fliesst ein blutiges Gerinnsel. Keine käsigen Massen. Mikroskopische Schnittpräparate aus dem Oberlappen ergeben das Vorhandensein von Carzinom-Zellen in Form solider Komplexe sowie drüsenartiger Bildungen. Teilweise zeigen die Carcinomzellen morphologische Eigen-

tümlichkeiten, welche sonst nur in Plattenepithelzellenkrebsen beobachtet werden, links in den Hilusdrüsen Metastasen von Hühnerei-Grösse. — Larynx zeigt keine tuberkolösen Veränderungen. An der sechsten Rippe links ungefähr in der Mitte ein Tumor, welcher vom Periost ausgeht. Die Knochensubstanz selbst ist fast ganz verschwunden, am rechten Oberarm ein noch grösserer Tumor, auch dort ist der Knochen selbst ganz zerstört. Diese beiden Tumoren zeigen mikroskopisch grosse zusammenhängende Epithelzellennester, welche aus sehr grossen polymorphen Zellen bestehen. Teilweise konnte man eine Schichtung der Epithelzellen konstatieren, anderseits bildeten die Zellen auch Schleim. Beide Tumoren müssen als Metastasen des primären Lungencarcinoms aufgefasst werden. — In der rechten Achselhöhle Drüsenschwellungen von Hühnerei-Grösse. Die Gland. thyreoidea zeigt kirschkerngrosse Einlagerungen. — Beide Nieren verkleinert. Die linke zeigt mehrere geschwürige Einlagerungen von Kirschkerngrösse (Metastasen?). Narbenbildung auf der Oberfläche der Niere; Leber ohne Metastasen. Linker Hoden Schnittfläche sehr verwaschen, Magen ist voll Blut. — Pathologisch-anatomische Diagnose: Primäres Lungen-Carcinom, sekundäre Carcinose der sechsten Rippe und des Oberarmknochens. Aortitis luetica. Chronische Nephritis.

4. Erkrankungen der Kreislauforgane.

1152 Fälle. 21 gestorben. Sie machen 17% aller Erkrankungen aus.

Arteriosklerose	317
Klappenfehler	224
Id. Herzhypertrophie	169
Cor nervosum	159
Myodegeneratio cordis	155
Cor adiposum	32

Coronarsklerose	27
Aneurysma incip.	25
Aortenaneurysma	14
Aortitis luetica	12
Tachycardia paroxysm.	6
Krankheiten des Mediastinums	4
Thrombophlebitis	4
Juvenile Herzstörungen	2
Pericarditis oblit.	2

Von den Klappenfehlern waren

155 Mitralinsufficienz
22 Mitralstenose
16 Aorteninsufficienz
9 Aortenstenose
5 Mitralinsufficienz mit Stenose
5 Aorteninsufficienz mit Stenose
3 Tricuspidalinsufficienz
1 Mitralinsufficienz und Aorteninsufficienz.
Rest: Mehrfach komplizierte Klappenfehler.

An Myodegeneratio litten 155 Patienten. Unter ihnen war das weibliche Geschlecht zahlreicher vertreten. 90 weiblich, 65 männlich; dem Alter nach waren

zwischen	20—30	Jahren	1 Patient
„	30—40	„	6 Patienten
„	40—50	„	27 „
„	50—60	„	33 „
„	60—70	„	40 „
„	70—80	„	42 „
„	80—90	„	6 „

Vier Aneurysmapatienten starben im Laufe des Jahres; einer davon soll angeführt werden; bei einem weiteren sei als bemerkenswert erwähnt, dass das Aneurysma mit ausgedehnter

Lungentuberkulose kompliziert war. Patient ging an letzterer zu Grunde.

Aortitis luetica: Zwölf Fälle. Der Infektionstermin lag meist zehn Jahre zurück, einmal 20 Jahre und einmal 30 Jahre. Ein Fall war kombiniert mit Aortenaneurysma und Schrumpfniere, ein anderer mit Lues cerebri, Tabes dorsalis, Affectio ap. dextr. chron. und Struma.

Bei den 155 Fällen von nervösen Herzerkrankungen war das männliche Geschlecht vorwiegend. Einen grossen Prozentsatz dieser Erkrankung machten Studierende aus.

Fall von Aortenaneurysma. (H.-B. Nr. 759.)

40jähriger Schreiner, der seit 1908 in Beobachtung der medizinischen Poliklinik stand.

18. IX. 08. Seit einem halben Jahre Stechen und Druck auf der linken Brusthälfte und im Rücken, heftige Kopfschmerzen und Schwindel. Mit 18 Jahren luetische Infektion, vor drei Jahren ein Schlaganfall. Die Untersuchung ergibt Dämpfung über dem Sternum in der Höhe des Ansatzes der zweiten Rippe. Puls ist links nicht zu fühlen, rechts voll; Carotispuls links und rechts gleich gross. Keine Rekurrenslähmung. Die Röntgendurchleuchtung ergibt pulsierende Geschwulst der Aorta unter dem zweiten und dritten linken Rippenknorpel. (A. descendens angehörig.)***)

2. IX. 09. Starke Schmerzen und starkes Stechen. Die Untersuchung stellt dieselben Symptome, wie vor einem Jahr, fest; hinzugekommen ist noch eine Rekurrensparese. Die Erweiterung ist bereits faustgross.

20. I. 11. Es besteht auch jetzt keine Verbreiterung des Herzens; starke Akzentuation des zweiten Aortentones, zeit-

---

***) Interkurrent trat eine Periostitis gummosa (vom Sternum ausgehend) auf, die auf Jod wieder abheilte.

weise diastolisches Geräusch in der Mitte des Sternums über dem Aneurysma. Sichtbare Pulsation im zweiten Intercostalraum links vom Sternum. Deutliche Venenschwellung an der Vorderseite des linken Oberarms. Oliver-Cardarellisches Symptom.

Im April 1911 verschlechtert sich das Befinden des Patienten, namentlich bereitet ihm die Nahrungsaufnahme insoferne Beschwerden, als er häufig erbrechen muss. 24. Juni: Exitus.

Sektion: Rechts Zwerchfellstand fünfte Rippe, links siebenter Intercostalraum. Links ist das Zwerchfell halbkugelförmig nach unten vorgewölbt. Die Milz ist nach unten gedrängt. Bei Eröffnung des Thorax ist die rechte Lunge ziemlich weit nach hinten gesunken, der Herzbeutel liegt direkt in der Mittellinie, während die ganze linke Pleurahöhle von einer ungeheuren Menge von Blut erfüllt ist.

Die im linken Pleuraraume vorgefundene Blutmasse stammte aus einer Perforationsöffnung des Aneurysmas. Die Aorta ascendens war spindelförmig erweitert; die Aorta descendens in einen kindskopfgrossen Tumor verwandelt, welcher den Arcus Aortae komprimierte. Das Aneurysma hatte sich einen Tunnel durch den linken Oberlappen gegraben und war bis zur Pleura costalis vorgedrungen. Hier, seitlich, fand sich eine ca. 4cm im Durchmesser betragende Perforationsöffnung. Der einzigartige Befund, dass das Aneurysma durch die Lunge hindurchgedrungen war und sie nicht einfach zur Seite gedrängt hatte, erklärte sich daraus, dass die Lunge infolge von Verwachsungen nicht ausweichen konnte. (Cf. Inaug.-Dissert. Strauss.)

Interessant war ein Fall von Asthma cardiale dyspepticum. Der Patient erkrankte fünf Wochen vor der Untersuchung mit Diarrhöen und Anfällen von heftiger Atemnot zwei Stunden nach dem Schlafengehen (Patient musste aufstehen und am

offenem Fenster mit offenem Mund atmen); zugleich musste er erbrechen und zwar meist die Speisen, welche er am Abend genossen hatte. Diese Anfälle dauerten einige Stunden. Die Untersuchung stellte röntgenologisch einen abnormen Tiefstand der linken Zwerchfellkuppe, welche fast unbeweglich war, und eine Aorta angusta fest. Patient wurde mit Atropininjektionen behandelt. Seitdem keine Anfälle mehr des Nachts, bloss eine halbe Stunde nach dem Essen Anfälle von Atemnot mit Herzklopfen und Übelkeit, aber ohne Erbrechen. Die Anfälle besserten sich weiterhin auf Validol; die Röntgendurchleuchtung ergab jetzt normalen Zwerchfellstand und gute Beweglichkeit. Therapeutisch wurde ausser Validol fleischarme Kost und Milch angeraten.

5. Erkrankungen der Verdauungsorgane.

1366 Kranke oder 17 Prozent aller Erkrankungen.

Gastritis	442 Fälle.
Enteritis	208 „
Obstipatio habitualis . .	175 „
Carcinome	82 „
Ulcus ventriculi	73 „
Cholelithiasis	55 „
Nervöse Dyspepsie . . .	46 „
Appendicitis	46 „
Achylia gastrica	37 „
Enteroptose	34 „
Gastroptose	31 „
Obstipatio spastica . . .	30 „
Helminthiasis	27 „
Hypersecretion des Magens	19 „
Icterus catarrhalis . . .	14 „
Lebercirrhose	11 „
Cholecystitis	11 „

Gastroektasie	10	Fälle
(Darunter 8 ohne Ca.)		
Enteritis membranacea . .	4	„
Hämorrhoiden	2	„
Ulcus duodeni	2	„
Stomatitis aphtosa . . .	2	„
Peritonitis	2	„
Stomatitis mercurialis . .	1	„
Ileus chronicus . . . ,	1	„
Schnürleber	1	„

Die 442 Fälle von Gastritis verteilen sich auf:

Hyperaciditas ventriculi . .	137	Erkrankungen
Gastritis acuta	130	„
Gastritis kompliziert mit catarrhus intestinalis . . .	88	„
Gastritis chronica	40	„
Subaciditas ventriculi . . .	37	„
Magenbeschwerden	20	„

208 Fälle von Enteritis:

Catarrhus intestinalis mit Gastritis kompliziert . . .	88	„
Catarrhus intestinalis acutus .	70	„
Catarrhus intestinalis chronicus	24	„
Colitis	36	„

Unter den 11 Cirrhosen sind 2 Fälle von „Stauungscirrhose“ mitgerechnet, sowie 1 Fall von Pick'scher Cirrhose (Polyserositis im Anschluss an Gelenkrheumatismus).

Unter den 46 Fällen von Nervöser Dyspepsie sind 9 Fälle von suaciditas ventr., 6 Fälle von Gastralgia, 3 Fälle von mot. Insufficienz und 1 Fall von Cardiospasmus mitgerechnet.

Eine besondere Gruppe von Erkrankungen der Verdauungsorgane bilden die Karzinome. Von den 82 Erkran-

kungen dieser Art waren 54 männlich, 28 weiblich. Dem Alter nach waren

zwischen	20	und	29	Jahren	2	Kranke
„	30	„	39	„	3	„
„	40	„	49	„	19	„
„	50	„	59	„	27	„
„	60	„	69	„	27	„
„	70	„	79	„	4	„

Lokalisiert waren die Carcinome, wie folgt:

Carcinoma	ventriculi	53 mal
„	hepatis	10 „
„	oesophagi	5 „
„	recti	4 „
„	ventr. et hepatis . . .	2 „
„	Intestini	2 „
„	linguae	1 „
„	hepatis et recti . . .	1 „
„	flexurae sigmoidei . .	1 „
„	hep. et vesicae felleae .	1 „
„	pancreatis	1 „

Fall von Carcinoma pancreatis (H.-B. Nr. 1918).

62jähriger Schreiner.

1. III. 11. Patient klagt über Schmerzen im Leib, besonders an einer Stelle links vom Nabel. Die Schmerzen im Epigastrium treten unabhängig von der Nahrungsaufnahme auf, hin und wieder auch Schmerzen im Kreuz. Er hat den Feldzug mitgemacht und leidet seitdem an Husten und Atembeschwerden. Von ernsteren Krankheiten hat Patient nur Typhus durchgemacht. Infektio sexualis wird negiert. Täglich fünf Liter Bier. — Mittelgrosser Patient von mässigkräftigem Körperbau, sehr reduziertem Ernährungszustand und kachektischem Aussehen. Pulmones: laute giemende Rassel-

geräusche, keine Dämpfung, Grenzen schlecht verschlieblich. Im linken Epigastrium ist andeutungsweise ein Tumor zu fühlen, über dessen nähere Natur sich nichts eruieren lässt. Pupillen- und Patellarreflexe normal. Urin enthält kein Eiweiss, keinen Zucker, spez. Gewicht 1012, Reaktion sauer. Blutdruck 130—135. Magensaft: nüchtern: keine freie HCl, Gesamtacit. 18; nach Probefrühstück: freie HCl 36, Gesamtacit. 54. Patient wird am 5. IV. operiert. Die Operation ergab ein grosses Carcinom des Pancreas, welches auf das Jejunum übergriff. Exitus letalis 1 Tag nach der Operation.

6. Erkrankungen der Harnorgane.

373 Fälle, oder 4,4% aller Erkrankungen.

Nephritiden	234	Erkrankungen
Cystitis	60	„
Ren mobilis	41	„
Nephrolithiasis	19	„
Pyelitis	8	„
Orthostatische Albuminurie	3	„
Blasensteine	3	„
Pyelocystitis	1	„
Grawitz'scher Tumor	1	„
Nierensarkom	1	„
Nierentuberkulose	1	„
Hydronephrose	1	„

Die 234 Fälle von Nierenentzündungen verteilen sich auf:

Nephritis acuta	133	Fälle
„ interst. chron.	61	„
Arterioskl. Schrumpfniere	14	„
Nephritis par. chron.	11	„
„ hämorrhagica	9	„
„ complic. mit Pyelitis	4	„

Nephritis saturnia . . . . . 2 Fälle
Schwangerschaftsnephritis . . 1 Fall.

Fall von Nierentuberkulose (H.-B. Nr. 5124).

28jährige weibliche Patientin.

Abmagerung, Nachtschweisse, abendliche Temperatursteigerungen. Fast kontinuierliche Schmerzen in der rechten Nierengegend. Druckempfindlicher Tumor rechts unterhalb der Leber, Oberfläche glatt, balottement renal. angedeutet. Harn: trüb, sauer, spez. Gewicht 1018 Eiweiss ++, Esbach 3‰. Sediment besteht nur aus Leucocyten, einigen hyalinen Cylindern und Epithelien der unteren Harnwege. Tuberkelbazillen. Blut Hb. 65% Erythrocyten 3.548.000, weisse Blutkörperchen 20.260. Färbe-Ind. 0,83.

Operation. 14 Tage nach der Operation hat sich das Allgemeinbefinden erheblich gebessert. Temperatur normal.

Urin: Reaktion sauer. Spez. Gew. 1017. Eiweiss schwach positiv: Esbach ½‰. Sediment: mässige Mengen Leucocyten und Epithelien, keine Cylinder. Blut: Hb. 45—50%. Rote Blutkörperchen 3200000, weisse Blutkörperchen 388. Färbe-Ind. 0.65. Interessant ist, dass nach der Operation sich die Zahl der Erythrocyten nur unwesentlich verringert hat, während der Hämoglobingehalt um 15—20% geringer geworden ist. Die infektiöse Leucocytose hat nach der Operation aufgehört. Zu bemerken ist noch, dass die Zahl der Eosinophilen von 0,25% auf 3,5% gestiegen ist.

Fall von Hydronephrose (H.-B. Nr. 7559).

35jährige Erzieherin.

19. X. 11. Seit zwei Monaten Schmerzen im Leib, die sich zuweilen steigern und zu Erbrechen führen und hauptsächlich einige Stunden nach dem Essen, zuweilen auch des nachts auftreten. Während der Schmerzen besteht vermehrter Durst. Die tägliche Urinmenge ist annähernd gleich. In der

Kindheit hat Patientin Rhachitis, Skrofulose, Diphtherie gehabt, in der Jugend Gehirnhautentzündung und vor einem Jahre angeblich Typhus. 10—12mal stand sie wegen Magengeschwür in Behandlung. Ernährungszustand reduziert. Herz, Lunge gesund. Abdomen: im rechten Hypochondrium ein kleinkindskopfgrosser, glatter, deutlich fluktuierender, respiratorisch nicht verschieblicher Tumor. Im Bereich des Tumors vollkommene Dämpfung: die Leberdämpfung geht unvermittelt in die Tumordämpfung über; palpatorisch ist der Tumor in seinem oberen Ende nicht zu erreichen; er setzt sich deutlich unter den Rippenbogen fort. Von dem Uterus ist er durch einen zweifingerbreiten Zwischenraum getrennt. Der Tumor lässt sich leicht nach oben in die rechte Nierengegend drängen, aber nicht nach unten. Urin: Reaktion sauer, leichte Trübung, Zucker —. Im Sediment vereinzelte Epithelien. Cystokopisch: beide Ureteren funktionieren, ausgeprägte Balkenblase, deutliche Venenzeichnung. Blutbild: Sahli 35%, Erythrocyten 3 000 000, weisse Blutkörperchen 3381, Färbe-Ind. 0,54, Lymphocyten 1428 = 42%. Es besteht somit eine neutrophile Leucopenie unbekannter Ursache. Die Lymphocytose ist nur relativ. — Am 28. X. wird von rückwärts eine Punktion des Tumors vorgenommen: sie gibt 230 ccm einer urinähnlichen klaren Flüssigkeit von alkalischer Reaktion, spez. Gewicht 1007, kein Zucker und wenig Eiweiss, nach Eindampfen mit HNO_3 positive Harnstoffreaktion. Magenausheberung: nüchtern: grössere Mengen eines weisslich-grauen, mit Speiseresten gemischten, säuerlich riechenden Magensaftes: Congo ++, freie HCl 56, Gesamtac. 77, sehr reichlich Fett. Vereinzelte Stärkekörner, Leucocyten und freie Kerne, keine Sarcine; nach Probefrühstück grosse Mengen eines gut verdauten dünnflüssigen Speisebreies: Congo ++, freie HCl 51, Gesamtac. 68. — Die Aufblähung zeigt die grosse Curvatur drei Querfinger unterhalb des Nabels. — Im

Laufe der nächsten sechs Wochen hat Patientin wiederholt Schmerzattacken, Erbrechen und Fieber bis zu 39°. Am 13. Dezember wird deshalb die Operation vorgenommen (K. chirurg. Poliklinik): Nephrektomie und Excision einer Ulcusnarbe proximal vom Pylorus, Gastro-Enterostomie, Gastropexie. Nach dieser Operation hat Patientin keine Beschwerden mehr.

Abdominaltumor. (Sarkom der Niere?) (H.-B. Nr. 8660.) 55jähriger Hausmeister.

19. XII. 11. Patient klagt, dass er seit zwei Jahren in allmählich steigendem Masse unter dem Rippenbogen ein Gefühl wie „elektrischer Strom" habe, — namentlich nach körperlichen Anstrengungen. Seit drei Wochen Verdauungsbeschwerden; Magendruck, nach der Nahrungsaufnahme häufig Brechreiz. Einmal Erbrechen gleich nach dem Essen. Allgemeine Mattigkeit, keine Abmagerung. Keine sexuelle Infektion. — Grosser Mann, mässiger Ernährungszustand. Haut subicterisch verfärbt. Lungen: Grenzen etwas tiefstehend. Abdomen: nicht druckempfindlich, freier Leberrand eben noch palbabel, perkutorisch keine Vergrösserung. Im linken Epigastrium unter dem Rippenbogen bis zum Nabel ein die Mittellinie nur wenig überragender Tumor, der respiratorisch nicht verschieblich ist. Ballotement renal angedeutet. Harn: Eiweissprobe leichte Trübung. Augenhintergrund normal. Cystoskopischer Befund: Blasenschleimhaut gerötet, rechter Ureter ist gut zu katheterisieren; linker Ureter: katheteriesieren unmöglich wegen Undurchgängigkeit, keine Urinausscheidung und keine Kontraktion. Am nächsten Tage Indigo-Karmininjektion: 20 Minuten darauf cystoskopisch: rechts und links wird blauer Urin entleert; auch der linke Ureter lässt sich jetzt katheterisieren, sein Harn gibt schwach positive Eiweissreaktion, im Sediment rote Blutkörperchen, Cylindroide und grosse Epithelhaufen (Tumormassen?). Blutbild: Sahli 34% rote Blutkörperchen 1 430 000, weisse Blutkörperchen 2438,

Färbe-Ind. 1,21. Normoblasten 83, Megaloblasten 8,25. Eosinophile Leucocyten nicht vorhanden, Lymphocyten 366. Eine zweite Blutuntersuchung drei Wochen später gab keinen wesentlichen Unterschied. Die hämatologische Epikrise lautete: Wenn das Blutbild auch grosse Ähnlichkeit mit dem einer perniciösen Anämie hat, so dürfte es sich wohl wahrscheinlicher um eine Pseudoperniciöse Anämie handeln, bedingt durch malignen Tumor; und zwar müsste man eher wegen fehlender toxischer Leucocytose an Sarkom als an Carcinom denken. Das Auftreten von Myeloblasten und Myelocyten weist auf Knochenmarksmetastasen hin. Die Leucopenie zeigt eine bereits starke Insufficienz des hämatopoetischen Systems an.

Grawitz'scher Tumor (H.-B. Nr. 7923).

52jährige Frau.

Patientin wurde schon wiederholt wegen Magenleiden behandelt. Vor drei Jahren starkes Gallebrechen. Seit ungefähr sechs Monaten leidet sie wieder an Magenbeschwerden: viel saures Aufstossen, wenig Appetit, Brechreiz, Stuhlträgheit, Abmagerung und Mattigkeit. Mittelgrosse Frau, ziemlich guter Ernährungszustand, blasse Hautfarbe, Schilddrüse vergrössert. Im Abdomen: ein vom linken Rippenbogen zur Nabelgegend reichender Tumor, der die Mittellinie etwas überragt und stark druckempfindlich ist. Auf der Bauchdecke multiple Angiome bis zur Stecknadelkopfgrösse. Rectale Untersuchung ergibt keinen Befund. Urin: normal, bloss einige hyaline Cylinder mit körnigen Auflagerungen, Blutdruck 170. Blut: Sahli 70%; rote Blutkörperchen 3 990 000, weisse 6420, Lymphocyten 27%. Ihr Zustand verschlechtert sich allmählich. Exitus letalis. Obduktion ergibt einen Grawitz'schen Tumor der linken Niere ohne Metastasen in anderen Organen. Die rechte Nebenniere ist in einen kleinapfelgrossen hämorrhagisch veränderten Tumor verwandelt.

7. Erkrankungen des Nervensystems.

Im ganzen 1207 Erkrankungen oder 15% aller Fälle.

a) Zentrales Nervensystem.

Neurasthenie	534	Fälle
Tabes dorsalis	132	„
Hysterie	62	„
Epilepsie	42	„
Apoplexie	49	„
Traumatische Neurose	28	„
Lues cerebri	26	„
Neurasthenia sexualis	16	„
Multiple Sclerose	13	„
Progressive Paralyse	12	„
Hemicranie	11	„
Paralysis agitans	9	„
Syringomyelie	6	„
Progressive Muskelatrophie	8	„
Poliomyelitis ant. acuta	4	„
Poliomyelitis ant. chron.	4	„
Commotio cerebri	4	„
Tumor cerebri	3	„
Hypochondrie	3	„
Enuresis nocturna	3	„
Lues cerebrospinalis	2	„
Amyotrophsche Lateralsclerose	2	„
Morphinismus	2	„
Encephalitis	2	„
Tremor senilis	2	„
Meningitis basilaris	1	Fall
Kompressionsmyelitis	1	„
Spastische Spinalparalyse	1	„
Friedreich'sche Ataxie	1	„

Myasthenie	1 Fall
Traumatische Epilepsie	1 „
Tic convulsiv	1 „

An Tabes dorsalis litten 83 Männer und 52 weibliche Patienten.

Von den 13 Fällen von Multipler Sklerose waren 8 männliche, 5 weibliche. Das Alter schwankte zwischen 14 und 49 Jahren.

Von den 6 Fällen von Syringomyelie waren 4 männliche, 2 weibliche. Das Alter betrug zur Zeit der Untersuchung: 22, 27, 31, 42, 46, und 49 Jahre; ein Fall war mit Paralysis agitans incip. kompliziert; eine Erkrankung (H.-B. Nr. 201) war von der humero-skapulären Form: 46jährige weibliche Patientin. Beginn März 1910 mit Schwäche und ziehenden Schmerzen nur bei geringen Anstrengungen im rechten Arm und rechter Schulter; allmählich Übergreifen der Schwäche auf den linken Arm; Patientin wird ca. 5 Monate nach Beginn des Leidens durch zunehmende Entkräftung in beiden Händen und Armen arbeitsunfähig (Hausmeisterin); die rechte Hand schaut Ende 1910 blauer aus, wie die linke; doch fühlt Patientin nicht, ob eine Temperaturdifferenz besteht. Das mangelnde Temperaturunterscheidungsvermögen führte zu einer Verbrennung 2^0 am rechten Oberarm, als dem Patienten Glühlichtbäder verabreicht wurden gegen Schulterschmerzen; die rechte Schulter reichte allmählich durch Muskelschwund in der Schultermuskulatur nach innen und unten. März 1911: Zunehmende Schmerzen in der rechten Schulter, sodass der Arm stets in einer Binde getragen werden muss; die rechte Hand wird blauer; die Schwäche in beiden Händen und Armen besteht unverändert fort 1912. Patient schwitzt leicht, angeblich auf der rechten Gesichtsseite mehr, wie auf der linken. — Ätiologisch nichts zu ermitteln; kein Trauma als auslösendes Moment.

Befund: Beginn mit Atrophie in der rechten Schultermuskulatur; dort seltene fibrilläre Zuckungen. Mit der Zeit Übergreifen der Atrophie auf den rechten Oberarm und weniger auf die linke Schulter, in geringerem Masse auch auf die kleinen Handmuskeln rechts. Die fibrillären Zuckungen auch links im Schultermuskulaturgebiet und ausgedehnter und häufiger in der grossen Rückenmuskulatur. Am meisten betroffen die Sensibilität; geringe Störung für Berührung am rechten Arm, ausgesprochene dissociierte Störung für Temperatur und Schmerz (Einstechen von Nadeln in die Haut): an der ganzen rechten oberen Extremität, am Rumpf: vorne rechts bis zum Rippenbogen, links bis zur dritten Rippe; hinten: rechts bis zum Schulterblatt, Störung weiter unten bis zur Mitte der rechten Gesässhälfte; links hinten zusammenhängende Zone der teilweisen Empfindungslähmung bis zur Christa oss. ilii.

Trophische Störungen: rechte Hand blauer und kälter, als die linke. Rechter Oberarm lateral noch Spuren von Pigmentierung (Verbrennung durch Thermanästhesie beim Glühlichtbad). — Reflexe: Fehlen des rechten Radiusreflexes. 1910, des linken 1911, auch die Tricepsreflexe damals nicht mehr auslösbar. Elektrische Untersuchung: Anfangs in der atrophischen Muskulatur nur quantitative Veränderungen. 1911 zum erstenmal träge Zuckung im rechten M. cucullaris.

Therapie. Galvanisation, d'Arsonvalisation anfangs diffus, dann polar: Wirbelsäule. — Röntgenbestrahlung der Wirbelsäule 3 Wochen lang dreimal wöchentlich. Warme Bäder, elektrische Bäder (faradisch). Medikamentös: ca. 80 g Jodkali im Anfang, später Arsenstrychnin, zuletzt Phytin. Orthopädisch: Massage und Stütze der rechten Schulter.

Verlauf: Ziemlich stationär seit Beginn 1912.

Fall von Paralysis agitans (sine tremore) (H.-B. Nr. 3571)
Karoline Z. 53 Jahr.

Anamnese: Leiden dauert seit 2 Jahren. Beginn mit Steifigkeit in beiden Armen und Beinen ca. 4 Monate nach einem körperlichen und psychischen Trauma (Sturz von der Treppe! Starker Schreck!). Die Beine „kleben“ allmählich beim Gehen am Boden, während der Oberkörper „in Schuss“ kam. Alle Bewegungen können zurzeit nur sehr langsam vorgenommen werden. „Zittern“ besteht nicht. Blasen-, Mastdarmstörungen — keine. Psyche intakt, Gedächtnis gut.

Status praesens: Gesichtsausdruck maskenartig. Beine schwach, Haltung vornübergebeugt. Hände in Schreibstellung (kein Tremor!).

Beim Stehen fällt der Patient leicht nach vorne, muss infolgedessen stets korrigierende Schritte nach links und rechts machen, um nicht „in Schuss“ zu kommen. — Beim Gehen: mässige Propulsion! Im übrigen erhebliche Steifigkeit beider Arme und Beine.

Es besteht Unmöglichkeit z. B. einen Knopf einzuknöpfen, eine Flasche zu entkorken etc. Gröbere Verrichtungen, wie Falten eines Papieres können nur äusserst langsam und mühselig bewerkstelligt werden. Das Schreiben geht nur unter grösster Anstrengung vor sich. Stereognostische Störungen bestehen keine.

Sehnenreflexe sämtlich gesteigert. Keine pathologischen Reflexe.

Sensibilität für alle Hautsinnarten intakt.

Neben der Steifigkeit der Extremitäten besteht auch eine solche des Rumpfes und der Rückenmuskulatur. Bei öfterer Wiederholung passiver Bewegung lässt die Steifigkeit nach. Hirnnerven sämtlich intakt. Pupillen reagieren auf Licht und Akk. prompt.

Innere Organe ohne pathologischen Befund. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Fall von Stirnhirntumor. (H.-B. Nr. 6146.)

Franziska S., 44 Jahr.

Patientin war im August 1911 einige Tage in Behandlung der Poliklinik. Sie klagte über Kopfschmerzen und Erbrechen seit sechs Wochen. Ausserdem war sie stark abgemagert.

Die Untersuchung ergab damals eine leichte Protusio bulborum. Der Augenhintergrund konnte wegen der sehr ungünstigen Wohnungsverhältnisse nicht mit aller Sicherheit untersucht werden, schien aber keine wesentlichen Veränderungen aufzuweisen. Sonst am Nervensystem kein pathologischer Befund. Patientin trat dann in Behandlung verschiedener Privatärzte und starb am 11. XII. 11.

Die am 12. XII. 11 vorgenommene Sektion ergab folgenden Befund: In beiden Stirnlappen des Grosshirns findet sich je ein Tumor. Der rechte reicht bis in die Gegend des Nucleus caudatus, den er etwas komprimiert, der linke ist etwa walnussgross. Die Rindensubstanz war beiderseits völlig zerstört. Rechts sieht man schon an der Oberfläche eine Vorwölbung an der dem Tumor entsprechender Stelle. Zwischen den beiden Stirnlappen bestehen leichte Verwachsungen. Sonstiger Organbefund ausser einer leichten Dilatation und Hypertrophie des Herzens normal.

Fall von Tumor cerebelli sinistri. (H.-B. Nr. 5041.)

35jährige Frau.

Patientin klagt über anfallsweise auftretende sehr heftige Kopfschmerzen. Zu Zeiten, wo die Kopfschmerzen besonders stark sind, ist Patientin benommen. Beginn vor einem halben Jahr, langsame Verschlechterung.

Status praesens: Lungen und Bauchorgane ohne pathologischen Befund.

Herz: Töne rein, Puls 116.

Urin sauer, enthält viel Ziegelmehlsediment, frei von Eiweiss und Zucker.

Nervensystem: Kopf: Kopfhaltung nach rechts. Linke Nasolabialfalte etwas tiefer als rechts.

Zunge wird gerade herausgestreckt, Schlucken gut, Gaumensegel intakt. Nasenkitzelreflex + (rechts = links).

Augen: Pupillenreflex + (rechts = links); beiderseitige Abducensparese (links > rechts), bei extremem Blick nach rechts leichte nystagmusartige Zuckungen. Cornealreflex links abgeschwächt, rechts fast ganz aufgehoben. Augenhintergrund: beiderseits starke Stauungspapille, Hämorrhagien in der Umgebung der Papille (links > rechts).

Im Gesicht keine Sensibilitätsstörungen.

Obere Extremitäten:

Händedruck rechts = links.
Reflexe am Arm +, rechts = links.
Am linken Arm geringer Grad von Hypotonie.
Keine Ataxie.
Stereognosis nicht deutlich gestört.

Untere Extremitäten:

Patellarreflexe + (links > rechts).
Keine pathologischen Reflexe.
Lagegefühl nicht gestört.

Beim Gehen und Stehen ausgesprochenes Fallen nach rechts.

9. VII. 3/4 5 Uhr p. m. Plötzlicher Exitus während der Defäkation.

10. VII. Sektion; Im Winkel zwischen linkem Kleinhirn und Pons ein Tumor von der Grösse einer Walnuss. Sonstiger Organbefund normal.

Fall von Pseudobulbärparalyse. (H.-B. Nr. 4593.)

55jähriger männlicher Patient.

Patient trat in Behandlung am 12. VI. 11. Er kann selbst nicht sprechen, sondern gibt nur unverständliche Laute von sich. Er hört aber gut und gibt auf die Fragen schriftliche Auskunft. Intellekt ist gut. — Beginn des Leidens ganz allmählich im Frühjahr 1910. Das erste Symptom war eine Sprechstörung. Im September 1910 trat unwillkürliches Lachen und Weinen auf. Schluckbeschwerden bestehen nicht. Im September 1910 begann auch die Stimme heiser zu werden. Das Sprechvermögen hörte dann mit der Zeit ganz auf, Patient kann zurzeit nur wenig lallende Laute von sich geben. Einen Speichelfluss hat Patient nie erlitten. — Die Untersuchung ergab folgendes:

Lungen: Über dem linken Oberlappen rauhes Vesikuläratmen und etwas verlängertes Exspirium. Sonst ohne Besonderheit.

Herz nicht verbreitert, Töne rein, Puls regelmässig.

Urin: Eiweiss: —, Zucker: —.

Nervensystem: Patient geht mit ganz kleinen Schritten, etwas vornüber gebeugt. Im linken Bein spastischer Gang. Der Mund wird etwas offen gehalten, zeitweise Speichelfluss. Gesicht merkwürdig starr, ohne Mimik. Augenbewegungen nach rechts und nach links mit dem rechten Auge sehr wenig, links fast aufgehoben. Bewegungen nach oben und unten rechts und links fast aufgehoben. Pupillenreflex +. N. trigeminus sensibel, intakt. Motilität: Mund kann willkürlich nur wenig geöffnet werden. N. facialis: Patient kann die Backen nicht aufblasen, den Mund nicht spitzen, die Zähne nicht fletschen. Lidschluss auf Aufforderung gelingt nicht, dagegen schliessen sich die Lider reflektorisch prompt. Zunge kann nur wenig herausgestreckt werden, sie ist auffallend klein und dünn, weicht aber nach rechts ab. Sprache unverständlich; häufige Ausbrüche von Zwangslachen und Zwangsweinen. Reflexe an Armen und Beinen gesteigert;

links > rechts. Babinski: rechts —, links +. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Augenhintergrund normal. Entartungsreaktion: —. Wassermann im Blut: —.

Diagnose: Pseudobulbärparalyse.

Patient wurde am 25. VII. 11 in stationäre Behandlung aufgenommen. Die Behandlung bestand hauptsächlich in der Anwendung von faradischen und Hochfrequenzströmen sowie in Massage der Beine. Im Laufe der Zeit verschlechterte sich der Zustand des Patienten mehr und mehr, die spastischen Erscheinungen rückten in den Vordergrund, namentlich die Spasmen der Beine.

31. X. 11. Es sind ziemlich leichte Anfälle von Herzinsufficienz aufgetreten, die mit Digitalis schnell beseitigt werden konnten. Schlucken jetzt sehr schlecht. Gehen ohne Unterstützung ganz unmöglich. Speichelfluss. Die Zunge kann kaum noch herausgestreckt werden. Reflexe an den Armen: + +, rechts = links, an den Beinen: Patellarreflex: + +, rechts = links. Babinski: links +, rechts angedeutet. Mendel: links +, rechts —. Oppenheim: links +, rechts +.

Im Laufe des Winters 1911/12 verstärkten sich mit der Zeit die Spasmen der Körpermuskulatur mehr und mehr. Schliessich war Patient steif wie ein Stock und konnte sich aktiv kaum noch bewegen. Die Muskulatur der Beine war schliesslich so kontrahiert, dass auch eine passive Beugung des Unterschenkels nur mit grosser Kraftanstrengung möglich war. Die Muskulatur wurde ganz atrophisch infolge Inaktivität.

29. II. 12. Exitus infolge von Herzschwäche.

b) Peripheres Nervensystem.

Neuralgien	179 Fälle
Ischias	79 „

Neur. n. trigemini	49 Fälle
Neur. n. intercostales . .	34 „
Neur. n. supraorbit. . . .	12 „
Neur. n. occipital. . . .	4 „
Neur. n. facialis	1 „
Lähmungen	18 „
Facialisparese	5 „
Recurrensparese	5 „
Oculomot. par.	4 „
Abducens par.	3 „
Radialisparese	1 „
Neuritis	12 „

8. Erkrankungen der Bewegungsorgane.

Im ganzen 844 Erkrankungen oder 10,5% aller Erkrankungen.

Arthritiden 189 Fälle:

Arthritis rheumatica acuta .	108 Fälle
Arthritis rheumatica chronica	60 „
Arthritis deformans	19 „
Arthritis gonorrhoica . . .	2 „

Muskelrheumatismus 653 Fälle. Hiervon: Lumbago 48 Fälle, Torticollis 4 Fälle.

Die Muskelrheumatismen verteilen sich auf die einzelnen Monate, wie folgt:

	Zahl der Erkrankungen	In Prozenten aller monatlichen Erkrankungen
Januar	75	8,4
Februar . . .	72	11,8
März	64	9,9
April	48	8,5
Mai	52	8

	Zahl der Erkrankungen	In Prozenten aller monatlichen Erkrankungen
Juni	42	9
Juli	60	12
August	63	11,2
September . . .	50	12
Oktober . . .	56	13,4
November . . .	40	9,9
Dezember . . .	29	8,2

Irgend welche Abhängigkeit der Häufigkeit dieser Erkrankung von der mittleren Monatstemperatur oder der mittleren monatlichen relativen oder absoluten Feuchtigkeit hat sich nicht nachweisen lassen.

9. Erkrankungen des Stoffwechsels.

142 Fälle oder 1,5% aller Erkrankungen.

Diabetes mellitus	44 Fälle
Arthritis urica	36 „
Hyperthyreoidismus . . .	22 „
Basedowsche Krankheit . .	19 „
Adipositas universalis . .	19 „
Diabetes insipidus	1 Fall
Osteomalacie	1 „

Die 19 Fälle von Basedowscher Krankheit betrafen 14 weibliche und 5 männliche Patienten.

Am konstantesten von allen Symptomen war die Pulsbeschleunigung, das Herzklopfen und die Aufgeregtheit der Patienten. Die Pulsfrequenz schwankte bei den Kranken zwischen 95 und 145. Händezittern fand sich in 13 Fällen, Abmagerung in 7, Exophthalmus in 7, Gräfesches Symptom in 4, Stellwag in 3, Möbius in 2, Kochersches Symptom in einem Fall.

Ein Fall von Bosedowscher Krankheit:

39jährige Frau.

14. VII. 10. Seit 14 Tagen Herzklopfen, Schmerzen in der Herzgegend, Kopfschmerzen, Schwindel, Appetitlosigkeit, zeitweise schlechter Schlaf, Mattigkeit, Abmagerung, Magenschmerzen, zeitweise Durchfälle, starkes Schwitzen. Früher keine ernsten Krankheiten; Mann und sechs Kinder gesund; kein Potus. Blasse Frau, Bulbi etwas vorgetrieben. Pupillen reagieren prompt. Gräfesches Symptom, desgleichen Möbius positiv: Stellwag angedeutet. Mässig grosse weiche Struma. Herz nicht verbreitert, Töne laut, Aktion regelmässig. Puls 100 bis 120. Bauchaorta pulsiert stark. Patellar- und Armreflexe lebhaft. Hände sind feucht und zittern. Linke Gesichtshälfte etwas röter als die rechte. Blutdruck 125. Blut: Sahli 80%, rote Blutkörperchen 4 680 000, weisse Blutkörperchen 9200. Lymphocyten 26%. Färbe-Ind. 0,85. Neun Monate später hat die Patientin Glotzaugen, pos. Stellwagsches Symptom, desgleichen Kochersches. Strumagefässe pulsieren stark. Lymphocyten 36%.

10. Krankheiten des Blutes.

105 Fälle oder 1,3% aller Erkrankungen.

Chlorose	62 Fälle
Anämie	34 „
Myelogene Leukämie . . .	5 „
Perniciöse Anämie . . .	3 „
Lymphatische Leukämie . .	1 Fall

Fall von lienaler Leukämie. (H.-B. Nr. 2264.)

Marie S., 53 Jahr.

Kam zum erstenmal am 27. VII. 09 in die Poliklinik. Schon damals lautete die Diagnose auf myelogene Leukämie.

Die erste Untersuchung ergab: Hb. 40%, Erythrocyten 2450770, weisse Blutkörperchen 53997. Die Milz

und die Leber waren sehr stark vergrössert. Nach fünf Bestrahlungen hatten sowohl die roten als auch die weissen Blutkörperchen zugenommen (2 975 000 bezw. 119 200).

Am 25. IX. 09 wurde Patientin nach der sechsten Bestrahlung mit einem Hb.-Gehalt von 45% und einem Leucocytengehalt von 87 700 nach Hause entlassen.

Eine erneute Untersuchung am 24. I. 10 ergab weiteres Wachstum der Milz und der Leber. Hb. 35%, Erythrocyten 2 254 300, weisse Blutkörperchen 211 481. Es wurde wieder mit Bestrahlungen begonnen, zu gleicher Zeit aber auch mit Arsan (3 × tgl. 0,001). Nach fünf Bestrahlungen ergab sich unter dieser kombinierten Therapie am 7. III. 10 bereits eine wesentliche Abnahme der Leucocyten: 35 760, auch eine beträchtliche Verkleinerung der Milz, und nach weiteren fünf Bestrahlungen wurde Patientin mit einem Hb.-Gehalt von 45%, einer Erythrocytenzahl von 2 800 000 und einer Leucocytenzahl von 26 000 wieder entlassen.

Wiederbeginn der Behandlung am 4. X. 10. Hb. 45%, Erythrocyten 2 710 000, weisse Blutkörperchen 130 000.

Nach Besserung entlassen; bei erneuter Untersuchung am 13. III. 11: Hb. 40%, Erythrocyten 2 433 448, weisse Blutkörperchen 381 059. 23. III. 12 Exitus letalis.

Ganz ähnlich waren auch die Resultate bei einem 62jährigen männlichen Patienten (H.-B. Nr. 621), der ebenfalls mehrere Jahre in Behandlung der Poliklinik stand. Schon 1908 wurde myelogene Leukämie konstatiert. Die Behandlung war die gleiche wie bei dem vorigen Fall. Der Verlauf geht am besten aus folgenden Zahlen hervor:

21. IX. 08. Hb. 65%, Erythrocyten 3 088 800, weisse Blutkörperchen 139 968.

12. IV. 10. Hb. 60%, Erythrocyten 2 615 000, weisse Blutkörperchen 115 000, Normoblasten 4025, Megaloblasten 345.

Nach 50 Arsantabletten: Hb. 50%, Erythrocyten 2 547 000,

weisse Blutkörperchen 634000, Normoblasten 2600, Megaloblasten 570.

Nach 90 Arsantabletten: 12. V. 10. Hb. 55%, Erythrocyten 2 115 000, weisse Blutkörperchen 7200, Normoblasten 1368, Megaloblasten 72, pathologische weisse Zellen nicht mehr vorhanden.

16. I. 11. Hb. 55%, Erythrocyten 3 088 000, weisse Blutkörperchen 139 968.

Nach Röntgenbestrahlungen: 12. IV. 11. Hb. 55%, Erythrocyten 2 228 580, weisse Blutkörperchen 114 515.

Am 23. XII. 12: Hb. 50% weise Blutkörperchen 265 000.

Besonders interessant war ein dritter Fall (H.-B. Nr. 7582), der zum erstenmal 1910 die Poliklinik aufsuchte und im Blutbilde einen auffallenden Reichtum von Megaloblasten aufwies. Bei der ersten Untersuchung fand sich Hb. 65%, Erythrocyten 3 817 000, weisse Blutkörperchen 88 000. Als pathologisch waren 4576 weisse Blutkörperchen anzusprechen: grosse Myeloblasten 2212, neutrophile Myelocyten 2288, eosinophile Myelocyten —, Mastmyelocyten 176, Normoblasten 1760, Megaloblasten 352, viele punktierte Erythrocyten.

Arsenbehandlung: 7. VII. 10. Hb. 60%, Erythrocyten 3 540 000, weisse Blutkörperchen 67 000, grosse Myeloblasten 467, neutrophile Myelocyten 804, eosinophile Myelocyten 67, Mastzellen —, Normoblasten 3886, Megaloblasten 335, punktierte Erythrocyten reichlich.

28. VII. 10. Hb. 60%, Erythrocyten 3 528 912, weisse Blutkörperchen 43 000, Normoblasten 2242, Megaloblasten 316, punktierte Erythrocyten weniger.

26. IX. 10. Hb. 85%, Erythrocyten 6 400 000, weisse Blutkörperchen 35 000, Myelocyten 4900, grosse Myeloblasten 2800.

Von Februar bis September 1911 wurde Patient teils in Berlin, teils in Bamberg einer Röntgenbehandlung unterzogen. Bei erneuter poliklinischer Behandlung ergab sich am 20. X. 11 Hb. 70%, Erythrocyten 3672000, weisse Blutkörperchen 20000, grosse Myeloblasten 2400, neutrophische Myelocyten 8200, eosinophile Myeolocyten —, Mastmyelocyten 600, Normoblasten 500, Megaloblasten 800, punktierte Erythrocyten vereinzelt.

Unter kombinierter Arsen- und Bestrahlungstherapie am 30. X. 11 Hb. 60%, Erythrocyten 3100000, weisse Blutkörperchen 12679. Abnahme der pathologischen Formen.

Am 17. XI. 11 weisse Blutkörperchen 8890. Keine Megaloblasten mehr.

Patient starb einige Monate später.

11. Vergiftungen. 21 Fälle.

Blei	11
Nicotin	6
Sublimat	1
Alkohol und Nicotin	1
Arsen	1
Pilzvergiftung	1

12. Varia. 322 Fälle.

Struma	88 Fälle
Mol. climacterii	45 „
Lues III°	45 „
Cephalea	33 „
Substernale Struma	19 „
Mol. graviditatis	13 „
Lues II°	10 „
Prostatahypertrophie	10 „
Myorrhexis	9 „

Stirnhöhlenkatarrh . . .	7	Fälle
Marasmus senilis	6	„
Mol. menstrual.	6	„
Lymphadenitis	5	„
Parulis	5	„
Herpes zoster	4	„
Psoasabscess	4	„
Pruritus senilis	3	„
Lien mobilis	2	„
Pelveoperitonitis	2	„
Elephantiasis lipom. . . .	1	Fall
Dacryocystitis	1	„
Spondylitis tuberc. . . .	1	„
Climacterium praecox. . .	1	„
Otitis media	1	„
Simulatio	1	„

Allgemeine Übersichtstabelle.

1.	Entwicklungsstörungen	2	Fälle	
2.	Infektionskrankheiten	233	„	oder 2,9%
3.	Lungenkrankheiten	1527	„	„ 19,0 „
	Tuberkulose	854	„	„ 10,2 „
4.	Erkrank. der Kreislauforgane . .	1152	„	„ 14,0 „
5.	„ „ Verdauungsorgane .	1366	„	„ 17,0 „
6.	„ „ Harnorgane . . .	372	„	„ 4,4 „
7.	„ des Nervensystems . .	1207	„	„ 15,0 „
8.	„ der Bewegungsorgane .	844	„	„ 10,5 „
9.	„ des Stoffwechsels . . .	142	„	„ 1,5 „
10.	„ „ Blutes	105	„	„ 1,3 „
11.	Vergiftungen	21	„	„ 0,2 „
12.	Varia	322	„	„ 4,5 „

Todesfälle wurden im Laufe des Jahres 85 in Erfahrung gebracht und zwar:

Tuberkulose der Lunge	31	Patienten
Herz- und Gefässerkrankungen .	21	„
Carcinom	12	„
Lungenentzündung	3	„
Nephritis	3	„
Lebercirrhose	2	„
Tumor cerebri	2	„
Bronchitis	2	„
Tabes	1	Patient
Apoplexie	1	„
Ileus	1	„
Peritonitis	1	„
Nierentumor	1	„
Unbestimmt	4	Patienten.

Verzeichnis der mitgeteilten Fälle.

1. Infantilismus mit Diab. ins.
2. Paratyphus.
3. Lungencarcinom.
4. Aortenaneurysma.
5. Asthma cardiale dyspepticum.
6. Carcinom des Pancreas.
7. Nierentuberkulose.
8. Hydronephrose.
9. Abdominaltumor (Nierensarkom?)
10. Grawitzscher Tumor.
11. Syringomyelie (Scapulo-humerale Form).
12. Paralysis agitans (Forme fruste).
13. Stirnhirntumor.
14. Tumor cerebelli sin.
15. Pseudobulbärparalyse.
16. Myelogene Leukämie.
17. Myelogene Leukämie.
18. Myelogene Leukämie.
19. Basedowsche Krankheit.

Es sei dem Verfasser gestattet, Herrn Prof. Dr. v. Romberg für die Übernahme des Referats und Herrn Prof. Dr. R. May für die liebenswürdige Anleitung zu dieser Arbeit seinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser wurde am 19. September 1886 auf dem Rittergute Saadsen in Livland geboren, besuchte die Privatlehranstalt von H. v. Eltz in Riga, absolvierte das Arensburger Gymnasium und studierte Medizin an den Universitäten Berlin, Lausanne, Freiburg i. Br. und München.